

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1892

THÈSE

N° 294

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le lundi 25 juillet 1892, à 1 heure

Par FRANCISCO ORGOGOZO

Né à Montevideo (Uruguay), le 3 juin 1859

LES INDICATIONS DE L'OUVERTURE
DE L'APOPHYSE MASTOÏDE
Dans les Mastoïdites Grippales

Président : M. TILLAUX, professeur.

*Juges : MM. { MARC SÉE, professeur.
KIRMISSON, MARC SÉE, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
15, Rue Racine, 15

1892

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1892

THÈSE

N°
294

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le lundi 25 juillet 1892, à 1 heure

Par FRANCISCO CRGOGOZO

Né à Montevideo (Uruguay), le 3 juin 1859

LES INDICATIONS DE L'OUVERTURE
DE L'APOPHYSE MASTOÏDE
Dans les Mastoïdites Grippales

Président : M. TILLAUX, professeur.

*Juges : MM. { MARC SÉE, professeur.
 { KIRMISSON, MARC SÉE, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTE DE MÉDECINE
15, Rue Facille, 15

1892

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie.	FARABEUF
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DIEULAFOY
Pathologie chirurgicale	DEBOVE
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.	TILLAUX.
Thérapeutique et matière médicale.	N.
Hygiène.	HAYEM.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.	LABOULBÈNE.
Clinique médicale	STRAUS.
Maladie des enfant	G. SÉE.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	POTAIN
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JACCOUD.
Clinique des maladies du système nerveux	PETER.
Clinique chirurgicale	GRANCHER.
Clinique des maladies des voies urinaires	BALL.
Clinique ophthalmologique	FOURNIER.
Cliniques d'accouchements	CHARCOT.
	VERNEUIL.
	LE FORT.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
	GUYON.
	PANAS.
	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT et REGNAULD.

Agrégés en exercice

MM. BALLET	MM. FAUCONNIER	MM. NÉLATON	MM. RIBEMONT
BAR	GILBERT	NETTER	DESSAIGNES
BLANCHARD	GLEYS	POIRIER, chef	RICARD
BRISAUD	HANOT	des travaux	ROBIN (Albert)
BRUN	HUTINEL	anatomiques	SCHWARTZ
CAMPENON	JALAGUIER	POUCHET	SECOND
CHANTEMESSE	KIRMISSON	QUENU	TUFFIER
CHAUFFARD	LETULLE	QUINQUAUD	VILLEJEAN
DÉJÉRINE	MARIE	KETTERER	WEISS
	MAYGRIER	REYNIER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPLIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA CHÈRE MÈRE
ET DE MA BONNE SŒUR FRANCISQUITA

A MON VÉNÉRÉ PÈRE

A MANUELA. RUFINO. ESTEBAN

A MES MAÎTRES

A M. LE D^r GELLÉ

Mon maître, dont les conférences cliniques à la Salpêtrière m'ont guidé surtout dans cette étude, qui m'en a fourni le sujet et pour lequel il m'a soutenu de ses conseils.

A MES AMIS

Monsieur le Professeur TILLAUX nous a fait l'honneur d'accepter
la présidence de notre thèse, nous le prions de vouloir bien agréer
l'hommage de notre respectueuse gratitude.

LES INDICATIONS DE L'OUVERTURE
DE
L'APOPHYSE MASTOÏDE
Dans les Mastoïdites Grippales

Il nous faut, en commençant, limiter exactement le sujet de notre travail et en préciser nettement le but. Nous voulons mettre en relief et indiquer d'une façon aussi complète que possible les indications de l'ouverture de l'apophyse mastoïde et bien montrer l'opportunité de l'intervention chirurgicale dans les cas d'otites aiguës suppurées. Nous aurions pu dire que nous allions traiter les indications de la trépanation de l'apophyse mastoïde, mais nous préférons dire ouverture des cellules mastoïdes puisque l'emploi du trépan est en réalité aujourd'hui très limité.

La doctrine microbiologique a modifié profondément les théories pathogéniques et les idées sur la suppuration. Au point de vue auriculaire, les travaux de Moos en Allemagne, de Netter en France, pour ne citer que

les plus connus, ont bien fait connaître le mode de propagation des maladies infectieuses, de leur extension et de la dissémination au loin.

Elles ont expliqué la facilité des complications dans le cours de l'otite suppurée, de la migration des micro-organismes, parmi lesquels les plus fréquemment rencontrés sous le microscope sont le pneumocoque et le streptocoque; celui-ci reconnu surtout dans les cas les plus infectieux et les plus compliqués. Nous n'avons pas à développer ce sujet; mais les indications de la trépanation, nous le verrons, ont été sérieusement modifiées par la présence de cet élément prépondérant: l'infection microbienne; au point qu'un certain nombre d'auristes distingués en ont déduit systématiquement l'opportunité d'ouvrir l'apophyse de bonne heure, dès les premiers jours, dans toute otite suppurée.

Notre thèse est donc écrite sur ce sujet d'otologie, les complications des suppurations des cellules mastoïdiennes dans l'otite aiguë suppurée; mais nous avons choisi comme terrain précis de discussion la recherche des indications de l'ouverture de l'apophyse mastoïde dans cette complication, en tenant compte des idées nouvelles.

Au reste, le sujet est à l'ordre du jour et je n'aurai à citer que des travaux et des opinions tout récemment publiés.

C'est par l'exposé aussi complet que possible des diverses opinions des auteurs et par l'analyse et la discussion des arguments émis dans les deux camps extrêmes, celui des opérateurs de la première heure et celui des temporisateurs que nous allons débiter.

On constatera dès le premier coup d'œil, dans la pratique actuelle, sur ce point d'otiatrique une marche évidente en avant, car l'opération d'urgence, tardive, semble céder la place à l'ouverture précoce, préventive même si l'on en croit certains enthousiastes de l'Amérique du Nord.

D'ores et déjà il est curieux, à ce propos, de constater l'évolution naturelle qui s'est faite dans les écrits des auteurs français, quand on compare les premiers mémoires publiés sur la trépanation de l'apophyse mastoïde et ses indications avec ceux publiés tout récemment sur le même sujet toujours d'actualité. La différence la plus nette apparaît autant sur l'opportunité de l'opération que sur le mode de l'exécuter.

Il est à coup sûr bien établi qu'aujourd'hui on sait mieux comprendre le pourquoi d'une intervention hâtive et apprécier le bénéfice qui en résulte.

L'opportunité de l'ouverture des cellules mastoïdiennes dans les cas d'otite suppurée aiguë, grippale, a été mise récemment à l'ordre du jour par les travaux de Zaufal, Duplay (1), et surtout par la lecture devant la Société d'otologie et de laryngologie de Paris (2), d'un mémoire de Politzer, très complet à ce point de vue.

A la suite de cette lecture une discussion s'est engagée au sein de la Société, qui montre à quel point la question de l'opportunité de l'ouverture des cellules mastoïdiennes est discutée et discutable.

Zaufal, Chatellier, Politzer, etc., émettent cette opinion ferme : la nécessité de l'intervention précoce.

1. V. Duplay, *Union médic.* Fév. 1892.

2. *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, mai 1892, n. 5.

D'autres, hommes de valeur et praticiens expérimentés, ne pensent pas qu'il y ait lieu de presser systématiquement cette intervention et croient qu'il faut savoir attendre, en donnant les soins topiques indispensables qui leur ont toujours suffi pour amener la guérison sans ouvrir l'apophyse mastoïde depuis 15 ans.

MM. Gellé et Lœwemberg ont acquis cette conviction basée sur une longue expérience. Le traitement topique leur a toujours paru suffisant pour éviter les complications mastoïdiennes, avant l'épidémie d'influenza.

Loin d'opérer immédiatement ou le huitième jour dans les cas aigus, ils s'occupent plus sérieusement des soins appliqués et des pansements faits à l'oreille; et ils prétendent qu'ils sont capables de retarder l'invasion des cellules et de la limiter; en tous cas, ils ont la certitude que grâce à eux, à leur application méthodique, ils ont pu empêcher la formation d'un foyer infectieux dans la cavité mastoïde au cours d'otites graves (Obs. I).

A cela, les partisans de l'intervention hâtive, et Politzer en tête, répliquent, préparations en mains, que l'invasion des cellules est précoce et rapide, que la suppuration siège souvent dans des points isolés, que l'antrum est comblé, que le canal antro-tympanique disparaît ou est insuffisant; et qu'ainsi se trouve constitué un foyer septique inabordable aux lavages antiseptiques et que le traitement de l'otite ne saurait influencer.

On veut par l'intervention précoce éviter la formation de ce foyer infectieux, et s'opposer à l'extension possible à distance, soit aux sinus, soit aux méninges.

On ne peut nier que dans l'otite aiguë grippale, que l'on vise tout d'abord, affection infectieuse par excellence, dont les manifestations ont une tendance extensive et une propagation redoutable, que l'invasion des cellules ne puisse se faire rapidement, constituant un foyer dangereux d'infection générale.

Cependant, répondent à cet argument pressant les temporisateurs, « c'est grâce à une thérapeutique locale active que nous avons pu éviter l'abcès mastoïde, limiter tout au moins la suppuration des cellules et empêcher les effets de la rétention du pus. » Et ils ajoutent :

Des notions anatomiques établies par les recherches de Zuckerkandlt, Zaufal et Politzer même on peut tout aussi bien conclure à la difficulté de la propagation des otites suppuratives vers la mastoïde dans un nombre très respectable de cas où l'état diploétique existe, où on trouve même très étroit l'antre pétreux (1) et où l'ouverture antro-tympanale est annulée et la communication de la caisse avec les cellules pneumatiques fermée. L'existence de ces conditions anatomiques n'est pas de nature à faciliter l'extension du processus à la mastoïde, ni l'inflammation de la muqueuse des logettes si bien isolées.

La propagation en ce cas a lieu probablement par un mode plus général d'infection, peut-être par les lymphatiques. Quant aux cas si nombreux où il n'existe pas, où à peine de cellules au milieu du tissu compact, on ne voit point non plus facilité à expliquer la propagation fatale. On conçoit aussi combien est aléatoire l'effet

1. Poirier, *Anat. médic. chirurgicale*.

d'une ouverture, urgente, dit-on, d'une ou deux cellules superficielles ou profondes, isolées peut-être, introuvables presque au milieu du tissu osseux diploétique ou compact.

Restent les cas où les cellules sont aérées, pneumatiques et largement en communication avec l'antrum et la caisse.

C'est le tiers à peu près des cas, au dire des anatomistes les plus autorisés (Zuckerkandl). On peut donc avancer qu'il y a de ce chef pour les partisans de la temporisation presque $\frac{2}{3}$ de chances de ne pas se tromper, en pratiquant une sage expectation, c'est-à-dire en attendant les signes indubitables d'une collection purulente intra-mastoïdienne. Cela paraît avoir une importance de premier ordre quand il faut décider une intervention opératoire.

Mais Politzer réplique que c'est une raison de plus d'opérer s'il n'y a pas communication entre les cellules et la cavité du tympan ; en opérant, on fait la voie nécessaire. — Les cellules mastoïdiennes suppurées sont disséminées, introuvables, ne communiquent pas entre elles, ni avec la caisse ? Politzer a sa réponse. Elles sont superficielles toujours ; et on les découvre sous la table externe facilement, sans difficulté ; et l'honorable auriste viennois a montré à l'appui des préparations anatomiques très probantes.

Mais, avant de les voir ainsi mises à nu, à quoi découvre-t-on qu'elles sont malades ? En définitive il y a là un oubli évident, voulu, de la séméiotique. On obéit à cet argument décisif : l'opération a des suites insignifiantes,

tandis que la non intervention peut entraîner la mort. Cette peur diminue un peu quand on considère tous ceux qui ont été guéris sans opération depuis 15 ans par les deux auteurs cités plus haut ; ceux de l'épidémie de 1889-1890 aussi bien que ceux qui depuis ont continué la série des otites infectieuses.

Les temporisateurs n'auraient-ils donc jamais eu d'otites à cachet grave. On leur répond qu'ils ont eu une série heureuse.

C'est un argument à retourner contre ses auteurs. Est-il, en effet, admissible que pendant si longtemps Lœwemberg, Gellé, Pomeroy, Abbott et autres (1), sans se donner le mot, se soient abstenus systématiquement d'opérer les cas aigus qui se sont présentés à leurs yeux ? Nous pourrions citer de nombreux exemples de faits graves qui ont pu guérir sans ouverture de l'apophyse mastoïde (Obs. II).

Sans doute, d'autres auraient jugé utile, nécessaire, indispensable d'opérer, et dangereux de ne point le faire. Or, tous les malades ont guéri et ont récupéré l'audition en partie, sans trépanation ni ouverture quelconque des cellules mastoïdiennes.

N'y a-t-il pas là exagération ? Ne serait-ce pas plutôt qu'il y a impossibilité de poser clairement, sûrement, dans certains cas, les plus insidieux, les indications précises de cette opération ? Rien de plus facile que de poser cette loi : « Dans tous les cas d'otite aiguë suppurée il faut trépaner rapidement ». C'est faire preuve d'un

1. (*Soc. otologie. Anceric. 23^e session annuelle, 1890*).

jugement médical à la fois plus scientifique et plus sûr que de savoir trouver les indications de l'intervention chirurgicale, puisqu'il est cliniquement démontré qu'une grande somme de ces accidents guérissent sans opération. Quand donc est-elle nécessaire ? C'est le but de cette thèse de montrer les indications et d'en apprécier la valeur.

Un élément qui prend une importance considérable dans la balance des indications décisives, c'est l'état *infectieux*, si évident dans l'influenza. Il est clair qu'en outre de cette raison indiscutable, la crainte de créer un foyer d'infection dans les cellules suppurées, il y a autre chose : le processus envahissant, la nature extensive de l'affection inflammatoire que l'étiologie microbienne explique si bien, mais que certaines constitutions, de même que certaines dyscrasies, rendent aussi manifeste par la fatalité des complications, par la bilatéralité des lésions otiques, par la suppuration inévitable de ces organes, par l'extension aux sinus, aux cellules mastoïdes, aux méninges, par l'infection générale.

Certes de tous les arguments en faveur de l'intervention précoce, c'est là le meilleur. Il est sûr que le médecin doit surveiller la marche envahissante du processus, et surtout peser la résistance du mal aux moyens que la pratique a consacrés comme héroïques d'ordinaire. Le mal donne sa mesure dans cette résistance, par ses retours agressifs malgré le traitement général et topique le plus sévère.

Cette notion de l'infection qui domine l'évolution de la maladie motive les craintes du médecin, sa réserve et son

activité thérapeutique, mais ne saurait seule suffire à légitimer une intervention. Il y a là un élément de jugement et rien de plus, le mal ne montrant sa gravité, son mauvais génie, que par ses progrès, sa durée et sa résistance ; donc c'est sur la marche de l'affection qu'on doit en définitive se guider. Cependant on sait que dans toute otite infectieuse suraiguë, arrivée à suppuration, les cellules de l'apophyse mastoïde de constitution pneumatique sont envahies ou doivent l'être en partie. Quant à celles qui n'ont que des communications vasculaires éloignées avec la caisse, il y a lieu de penser que leur invasion est possible, mais il faut aussi admettre que c'est sans doute par un processus différent, non pas inflammatoire, mais par invasion secondaire dénonçant déjà la pyohémie, auquel cas l'ouverture de l'apophyse mastoïde n'a plus, il faut bien l'admettre, la même influence sur le résultat final. Politzer ne donne-t-il pas dans son travail le résultat d'autopsies d'individus trépanés cependant et non tardivement ?

De même parmi les faits cités par le Dr Chatellier il en est où l'infection générale s'est produite malgré la trépanation. Cela montre que certaines infections s'étendent et se généralisent plus vite, malgré notre décision et notre intervention.

De ce chef, il y a donc des réserves à faire, même en prenant très au sérieux la valeur de l'élément infectieux, que l'épidémie d'influenza nous a montré si cruellement actif. L'ouverture de l'apophyse à une action immédiate, elle rend impossible la formation du foyer purulent, putride, infectieux, mais c'est tout.

La trépanation est un moyen d'expulser certains produits morbides, mais n'a rien à faire à leur cause et à leur genèse (Obs. III).

Qu'on veuille bien mettre en regard les faits cliniques précis où il existe les signes les plus clairs, indicateurs de l'invasion des cellules par la suppuration, et dans lesquels des observateurs de l'étoffe de Zaufal ont dû constater des lésions intra-crâniennes sans purulence des cellules mastoïdiennes. Et l'on voit où nous conduit ce tableau symptomatique, si décevant, dans une épidémie telle que la grippe ; donc, il faut être prudent puisque les lésions peuvent déjà être loin des cellules mastoïdiennes et de l'oreille malgré toutes nos prévisions et nos meilleurs raisonnements.

C'est que cet ensemble de symptômes n'est pas précis : tantôt d'allure otique, tantôt méningitique, tantôt typhique, pyohémique, et cela avec ou sans invasion des cellules comme on vient de le voir. Il y a, dans ces conditions, il faut l'avouer, une grande hésitation à poser un diagnostic qui doit précéder tout traitement chirurgical. Comme guide, la valeur de la notion donnée par l'état infectieux n'est donc pas indiscutable au point de vue des indications cherchées. Scientifiquement, il nous faudrait une raison plus décisive, à moins d'obéir à la peur qui conduirait à opérer dans tous les cas d'otites aiguës infectieuses.

D'après les idées nouvelles on doit opérer le plus tôt possible ; encore est-il bon de savoir s'il suffit de constater une otite suppurée pour trépaner, et si le traitement

de l'otite suppurée est unique et réside absolument aujourd'hui dans la trépanation de l'apophyse.

Que se passe-t-il dans les cas d'otite aiguë suppurée. Quand se produit cette évolution pathologique ? Quand le médecin sera-t-il conduit à craindre la suppuration intramastoïdienne ? A quel signe reconnaîtra-t-il qu'elle existe ? A quel moment cette suppuration intramastoïdienne devient-elle une menace, un danger ? Car on l'a vue exister dans bien des cas plusieurs années sans accident. En définitive, sur quelle symptomatologie se base le diagnostic de la complication, de son siège dans la mastoïdite, et de l'urgence d'une ouverture de dégagement ?

De l'analyse des faits observés et des tableaux symptomatiques réunis par les auteurs qui se sont occupés plus spécialement des complications mastoïdiennes dans l'otite aiguë suppurée, il résulte que l'on peut ici se trouver en face de trois catégories de faits pathologiques.

1° Tantôt le sujet arrive avec une lésion qui ne laisse aucun doute sur la participation des cellules de l'apophyse mastoïde. L'évidence existe et pour la complication nouvelle et pour son siège.

2° D'autres fois la complication est d'une allure particulière. Au cours de l'otite aiguë suppurée, elle emprunte la symptomatologie des affections des organes voisins : méningite (coma), sinusite, ostéo-périostite, pyohémie (forme typhoïde), convulsions, état cérébral, vertiges, etc. ; mais cette apparition d'accidents aussi graves au cours d'une otite suppurée suffit à rendre probable la complication mastoïde ; cependant en certains cas, nous

l'avons vu (Zaufal, Moure (1), Knapp (2), il y a bien d'autres points autour de l'oreille où l'infection peut avoir frappé, avec ou sans complication mastoïdienne. Le doute existe donc, mais la probabilité aussi. Le danger est là, pressant ; une chance de salut s'offre ; et l'opération s'impose. C'est la conduite à tenir de l'aveu de tous les chirurgiens et des cliniciens auristes.

Le danger pressant, la probabilité du siège de la complication dans l'apophyse sont les arguments décisifs de l'intervention chirurgicale.

3° Cependant, il n'en est pas toujours ainsi ; surtout, fait important, au point de vue de l'intervention précoce, au début de l'évolution, quand l'engorgement est admissible, la suppuration isolée à craindre, mais la formation d'un foyer purulent intra-mastoïde douteuse.

L'indication, au lieu d'être précise comme dans le premier cas, ou impérieuse comme dans le deuxième, peut être alors indécise, sans consistance, sans point d'appui.

Tout à l'heure nous trouvions sans effort l'urgence d'intervenir et ce sont là les conditions ordinaires de l'opérateur. La discussion, au contraire, est possible quand il y a peu de signes, ou des signes douteux. Analysons les principaux symptômes au point de vue des indications qu'ils peuvent fournir.

Tantôt la douleur seule appelle l'attention. Son retour,

1. Moure. *Comptes rendus de la Soc. franç. d'otologie*, septembre 1890.

2. Knapp. *Comptes-rendus Soc. Americ. d'otologie*, 1891.

sa persistance, ses redoublements nocturnes, son extension à la surface, sa provocation facile en un point fixe, sa nature pulsatile, sa coïncidence avec le redoublement de chaleur locale, l'élévation de température, doivent attirer l'attention sur l'apophyse mastoïde.

Mais sont-ce là des troubles suffisants pour réclamer l'opération? L'intensité extrême des douleurs spontanées dans l'apophyse mastoïde est un symptôme d'une importance considérable au point de vue de l'intervention chirurgicale (Schwartz, Politzer, Zaufal, Chatellier).

M. Gellé l'a proposée dans ces conditions sans la faire accepter; et malgré ce refus, il a souvent été assez heureux pour voir tout se terminer sans accidents.

Nous ne saurions mieux faire ici que de citer le paragraphe excellent que le professeur Tillaux consacre à l'exposition de cette forme de la complication mastoïdienne (1).

« La suppuration de l'apophyse mastoïde ne revêt pas toujours la forme diffuse : elle peut donner naissance à un abcès circonscrit qui présente le plus grand intérêt et mérite à tous égards d'attirer notre attention, d'autant plus qu'il n'a peut-être pas été signalé jusqu'à ce jour (1886), du moins, avec les caractères qui lui sont propres.

Voici le mode d'évolution des phénomènes dans un cas type : Un malade a été atteint d'une otite moyenne aiguë le plus souvent abandonnée à elle-même, c'est-à-dire qu'il n'a pas été pratiqué de paracentèse du tympan. Elle a suivi les phases habituelles : la membrane s'est perforée,

1. Tillaux, *Chirurgie clinique*, T. 1, p. 128.

la suppuration a duré un certain temps, puis a diminué, a fini par disparaître et le tympan s'est cicatrisé. L'otite est donc guérie, du moins en apparence. Cependant des douleurs internes persistent de ce côté et rayonnent dans toute la tête, vers le front, vers l'œil, vers l'occiput, jusqu'au sommet du crâne. Elles sont continues, paroxystiques, arrachent souvent des cris au malade, ne lui laissent goûter aucun repos, ni prendre de nourriture suffisante.

La santé générale s'altère profondément et nul doute que la prolongation de cet état amènera certainement la mort à bref délai. Pendant ce temps, rien de local, le tympan et la caisse sont revenus presque à l'état normal, la région mastoïdienne ne diffère en rien de celle du côté opposé, si ce n'est qu'elle est un peu sensible au toucher; le malade signale cependant un point qui paraît être plus douloureux et d'où lui semblent partir les élancements, mais il n'y a rien de bien précis.

En présence d'une semblable situation, malgré l'absence de signes fournis par l'otoscopie, il est rationnel de penser que peut-être du pus est retenu dans la caisse, surtout si le tympan est cicatrisé, et la paracentèse s'impose; mais il ne sort aucun liquide et le malade n'éprouve pas de soulagement.

Le diagnostic est certes des plus difficiles. Nul doute que le point de départ des accidents actuels soit l'otite moyenne; mais s'agit-il d'une méningite chronique, d'un abcès situé dans les méninges ou dans le cerveau? S'agit-il d'un abcès enkysté, circonscrit, de l'apophyse mastoïde?

Il importe de savoir qu'un abcès enkysté peut occuper le centre de l'apophyse mastoïde sans que sa présence soit révélée par aucun signe local dans la caisse ou derrière l'oreille.

La douleur spontanée et provoquée par la pression dans un point toujours le même constitue le seul signe réel sur lequel on puisse baser le diagnostic. »

On voit combien le professeur Tillaux insiste sur les allures méningitiques, cérébrales, de cette collection intra-mastoïdienne.

Nous avons insisté sur la douleur, sur ce qu'elle a de durée, de persistance, de fixité; mais ses redoublements, sa réapparition après un calme relatif, même après un semblant de guérison, sont déjà démonstratifs de l'abcès intra-mastoïdien. Si l'otite est à son quinzième, vingtième, trentième jour et, *a fortiori*, si elle est plus ancienne, le retour de cette douleur spontanée ou à la pression, si elle accompagne le retour d'un écoulement purulent abondant, et même si l'écoulement a persisté indolore, et que tout à coup la douleur reparaisse, il y a indication nette d'intervenir. Si à cela se joint le malaise général, la température élevée, l'insomnie, l'agitation, alors le temps presse, et d'autant plus que l'affection aura duré depuis plus longtemps.

La douleur, l'écoulement abondant, prolongé, loin du début de l'otite purulente, peuvent donc entraîner la conviction, et dénoncer l'existence du pus dans la mastoïde.

A ce propos, il faut citer l'opinion de Politzer qui pré-

tend avoir trouvé, sans exceptions, des abcès dans la mastoïde dans les 28 cas qu'il a observés (1).

En général, au début, les signes de la mastoïdite sont ceux de l'otite et se confondent avec eux. Il y a donc à traiter celle-ci tout d'abord. Mais, il est clair, qu'après un certain temps, dans les cas simples, surtout si l'on a ouvert le tympan dès les premiers jours, la marche de l'affection vers la guérison est évidente. En vingt jours tout peut être fini ; mais depuis longtemps déjà l'état local s'amendait graduellement. Bien différente est la marche de l'otite dans les cas où l'ouverture de la membrane du tympan est tardive, spontanée, et plus ou moins insuffisante. C'est alors sur les résultats rapides ou non du traitement curatif qu'il faut se guider (froid, myringotomie, topiques, antiphlogistiques, etc.) ; car, s'il y a persistance de l'état aigu, redoublement de la douleur et surtout apparition de nouveaux symptômes, l'idée d'une complication mastoïde doit venir à l'esprit ; et la certitude existe si on constate douleur fixe, fièvre vive, écoulement purulent, gonflement du conduit, etc.

L'intensité de l'otite est donc un sérieux élément de jugement dans ce diagnostic de la complication de la mastoïde. Nous devons ainsi considérer comme acquis que la gravité de l'otite suraiguë, infectieuse, doit faire admettre la probabilité d'une complication mastoïde et hâter l'intervention.

L'abondance de l'écoulement est un signe précieux

1. Politzer. *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*.
Mai 1892, page 325.

pour le diagnostic. Dans les cas de mastoïdite, l'écoulement de pus persiste et reste très abondant, malgré l'incision tympanique et autres soins topiques.

Tandis que, en l'absence de mastoïdite, l'écoulement, abondant les premiers jours, décroît peu à peu, même sans intervention, 18 à 20 jours après, si on a fait la myringotomie dans les 5 premiers jours, et plus tardivement, cinquième ou sixième semaine, si l'ouverture s'est faite spontanément. Le professeur Duplay (1) pense que l'abondance et la persistance de cet écoulement, à défaut d'autres signes, peuvent autoriser à poser le diagnostic de mastoïdite. Chez quatre malades confiés à ses soins, il s'est fondé sur ce seul symptôme pour faire la trépanation, et le résultat lui a donné raison.

La région mastoïde est habituellement le siège d'une hyperthermie assez considérable.

Quant à la température générale, dans les cas d'abcès intra-mastoïdien, elle est assez élevée et peut atteindre 40°, 5 et 41°.

Cette élévation thermique doit donc inspirer de légitimes inquiétudes, surtout si après usage du sulfate de quinine et du salol la défervescence ne se produit pas.

Au sujet de la température grippale, il nous semble utile de citer les résultats des recherches de Teissier (2) et Zaccharine (de Moscou) qui, après avoir soigneusement

1. Duplay, *Union médicale*, février 1892: La mastoïdite supprimée.

2. Teissier, *Lyon médical*, 7 février 1892, page 191.

analysé les tracés de grippe, sont arrivés à cette conviction que cette maladie était bien réellement une maladie *à cycle défini*, suivie souvent d'une réascension thermique ou rechute. Cette rechute se produirait, selon eux, dans les douze premières heures qui ont suivi l'abaissement thermique le plus habituellement c'est entre 36 et les 48 heures suivantes que la réaction a lieu, et enfin dans quelques cas plus rares, la rechute peut ne se produire qu'après 5 ou 6 jours écoulés.

« Cette notion de la rechute a, pour Teissier, une portée pratique considérable, car si l'on se fie à la défervescence qui suit la première poussée grippale, on peut laisser sortir le malade, ou tout au moins le laisser exposé à des influences morbigènes, à une époque où il est plus particulièrement susceptible ».

Suivant Teissier, ce serait là une des origines les plus réelles des complications de la grippe. Et pour notre part, nous inclinons beaucoup à admettre cette hypothèse, car presque toutes les otites aiguës que nous avons eu occasion de soigner ont débuté pendant la convalescence de la grippe.

Le gonflement de la région mastoïdienne avec ou sans fluctuation profonde, avec rougeur, chaleur, avec douleur fixe accompagnée ou non d'une atrésie du conduit, écoulement très abondant, a une grande valeur. Cependant, on conçoit que tous ces signes se confondent avec ceux de l'abcès prémastoïdien. Jusqu'ici, celui-ci a été décrit comme une complication des affections auriculaires, indépendante le plus souvent de

l'abcès intra-mastoïdien, et l'on ne peut nier que la clinique montre fréquemment la guérison de ces collections purulentes sous-périostiques et de l'otite initiale par l'incision de Wilde. Mais ici se place une assertion de Politzer qui mérite d'attirer toute notre attention. Il dit (1) ; « dans les cas que j'ai opérés, partout où j'ai trouvé une accumulation de pus à la surface externe de l'apophyse, j'ai également rencontré des abcès à l'intérieur de celle-ci. »

Cela n'a pas encore été dit d'une façon aussi affirmative. En effet, on savait qu'il peut exister de l'ostéo-périostite mastoïdo-temporale consécutive à l'otite moyenne aiguë, soit un abcès intra-mastoïdien, soit une collection sous-périostée de même origine. Enfin la coïncidence de la collection purulente sous-périostique consécutive à la perforation spontanée de l'os dans l'abcès intra-mastoïdien, est un fait clinique connu.

D'après Politzer, cette dernière catégorie de faits pathologiques constituerait la règle. Nous avons observé ces sortes d'abcès en bouton de chemise, intra et extra-mastoïdes dans les cas types où l'indication devient moins discutable. Pomeroy a guéri sans ouverture quatre cas de mastoïdites grippales de cet ordre (*loco citato*), Abbott aussi.

Dans ces conditions l'incision de Wilde donne issue au pus superficiel ; puis on peut constater avec le stylet une ou plusieurs fistules osseuses : l'existence d'une complication intra-mastoïdienne est alors absolument démontrée.

1. *Bulletins d'Otologie de Paris*, mai 1892.

Il n'en est plus de même dans les cas où il y a absence complète de communication entre l'abcès superficiel et les cellules. Or, c'est précisément dans cet état pathologique particulier que l'affirmation émise par Politzer prend une très grande importance.

Ici il y a une divergence complète entre l'opinion de Politzer, et celle de Gellé, et Lœvemberg; et il faut bien avouer que la clinique semble donner raison à ces derniers, vu le nombre de malades guéris par l'incision de Wilde, sans autre complication ultérieure. Observation 7.

Politzer dit: « Je ne fais plus l'incision de Wilde. J'opère immédiatement la trépanation » (1).

On voit tout l'intérêt d'une semblable discussion, car la vie des sujets est entre les mains du médecin, et c'est de sa décision qu'elle dépend.

Quand les signes objectifs déjà décrits existent avec le cortège de fièvre, malaises, sueurs, douleurs de tête, etc., mais sans signes otiques évidents, tels que douleur d'oreille, surdité, sonneries, suppuration abondante, etc., alors il faut bien admettre que le foyer principal existe dans les cellules mastoïdiennes et qu'il y a lieu d'inciser l'apophyse, siège du mal. Quand, au contraire, les symptômes otiques sont très nets, et qu'au dixième, au douzième jour, il n'y a pas de perforation du tympan, pas d'écoulement spontané, malgré les signes évidents d'acuité, fièvre, douleur, etc., on doit égale-

1. *Bulletins et mémoires de la Soc. d'otologie et laryngologie*, p. 136.

ment penser à la localisation mastoïdienne, d'autant plus que la myringotomie même répétée, le froid appliqué topiquement et les lavages habituels antiseptiques sont restés sans résultat. Il en sera de même si, après quelques jours de détente obtenue au moyen de cette thérapeutique active, il y a reprise de tous les symptômes. Tous les auristes partagent cette manière de voir.

D'autre part, quand on constate la présence des signes locaux, gonflement, œdème chaud et douloureux, douleurs spontanées ou provoquées sur la région mastoïdienne, même avec fluctuation profonde et autres signes attribués à l'abcès sous-périostique, il y a toujours de l'avis des partisans de l'ouverture précoce une collection purulente intra-mastoïdienne; l'incision de Wilde devient insuffisante; c'est une perte de temps d'autant plus dangereuse que l'écoulement a eu plus de durée, car la suppuration intra-mastoïdienne a pu déjà détruire les lamelles trabéculaires et les fines parois osseuses qui séparent les sinus et les méninges des cavités suppurantes.

Ainsi le diagnostic entre l'abcès prémastoïdien et l'intra-mastoïdien serait inutile; et l'opération en deux temps une faute grave.

Cette opinion est encore très discutable dans la forme absolue sous laquelle elle a été émise. Dans nombre de cas la guérison a été obtenue par l'incision de l'abcès sous-périostique sans trépanation. Cela est cliniquement prouvé.

Cependant Knopp va plus loin encore; et avec lui plusieurs médecins américains pensent que l'ouverture des cellules est résolutive de l'engorgement inflammatoire

qui accompagne toujours l'otite aiguë suppurée; et d'après eux, dès lors, cette congestion suffit pour motiver l'opération sans attendre la formation du pus.

L'intensité de l'otite, même non suppurée, dans les cas suraigus infectieux constitue donc alors le motif déterminant de l'opération.

L'otite suraiguë est une ostéo-périostite; les cellules et l'apophyse mastoïde y participent toujours en pareil cas, d'où l'on peut conclure que le traitement peut s'adresser aux deux parties accessibles. Deux opérations radicales s'imposeraient: la myringotomie et la trépanation. Ainsi le veut la logique dans l'idée de l'auteur américain; il semble d'après cela qu'il n'y a plus d'otite qui entre en résolution, ni de mastoïdite qui cède au traitement sans opération. Or, la clinique montre tous les degrés de l'inflammation *même en temps de grippe*; et il serait illogique de soumettre tous les cas au même traitement. Cependant on ne saurait se refuser à admettre que dans l'état épidémique, quand l'otite aiguë infectieuse cause une réaction violente, locale et générale, on doit penser que les deux cavités connexes, otique et mastoïde, sont à la fois enflammées, menacées de suppuration, que l'os qui les contient participe au processus qui se manifeste ou non par des signes objectifs évidents.

Il faudra donc après quelques jours de traitement rigoureux local et général se convaincre de la nécessité de l'intervention chirurgicale si le mal résiste ou s'exagère, ou s'il reprend brutalement après une accalmie trompeuse. Cette période d'essai avec sa durée plus ou moins longue, où l'on côtoie la zone dangereuse, est le

point délicat et toujours discutable ; mais doit-on oublier le nombre considérable d'abcès intra mastoïdiens qui ont guéri après s'être ouverts spontanément sous le périoste, à travers l'os ? Certes le danger existe ; mais il n'est point de ceux qui forcent à suspendre les lois ordinaire, et à supprimer l'aide de la raison appuyée sur l'expérience. D'un côté, une possibilité, l'abcès ; d'autre part, une règle fixe, opérez toujours ; Cependant, il est certain que l'on a guéri, sans ouvrir l'apophyse, bien des cas graves, compliqués, de l'espèce de ceux dont nous parlons ; et chacun a pu suivre de ces cas à oscillations fort embarrassantes, où on est chaque fois sur le qui-vive, tout prêt à l'intervention ; puis tout se calme ; et la guérison solide s'établit malgré ces retours offensifs, alarmants pour qui sait les dessous de l'affection.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (personnelle) résumée.

P. R..., mécanicien, âgé de 37 ans, a eu la grippe.

Pendant la convalescence douleurs à l'oreille gauche, très vives depuis 3 jours, s'irradiant vers l'occiput, le front.

28 octobre 1891 — Insomnie depuis 2 jours, surexcitation nerveuse, fièvre, sueur profuse, écoulement de pus par l'oreille gauche datant de une semaine, douleur violente vers la partie moyenne de l'apophyse, pas de rougeur, pas de gonflement.

Membrane du tympan rouge, perforation en avant et le long du manche.

Diagnostic. — Otite moyenne aiguë grippale, avec inflammation ? peut-être des cellules mastoïdes.

Lavage de l'oreille avec eau boriquée chaude, puis douches d'air suivies d'un second lavage. Instillations de glycérine phéniquée au 1/10.

Sulfate de quinine, bromure de potassium, lavages d'oreille, sachet de glace sur l'apophyse.

Dix jours après, disparition des douleurs, subsiste léger écoulement, faible degré de surdité.

30 novembre. — L'écoulement a disparu, l'oreille est restée un peu dure.

OBSERVATION II (résumée).
(Communiquée par le M. Dr Gellé).

Homme, 22 ans. Constitution bonne.

26 mars. — *Antécédents.* — Depuis 2 jours, fièvre, sueurs, courbature, céphalalgie, gastralgie, coryza, douleurs violentes à l'oreille droite et à l'apophyse mastoïde, écoulement nasal muco-sanguinolent.

Examen. — Pharyngo-laryngo-bronchite, perceptions aérienne et crânienne nulles. Rien au conduit externe, tympan framboisé très saillant. Oscope nul, ni Valvalsava, ni Politzer.

Œdème et rougeur de l'apophyse mastoïde avec douleurs très vives. 10 sangsues sur l'apophyse amènent grand soulagement.

28 mars. — Par le cathétérisme, l'injection d'air ne passe pas, le mandrin éprouve résistance.

2 avril. — Apophyse moins rouge, moins douloureuse. Perception aérienne 5 centimètres, perception osseuse nulle.

10 avril. — Audition aérienne 12 centimètres, audition osseuse assez bonne.

26 avril. — Les douleurs de l'ouïe et de l'apophyse redeviennent aussi vives. — Crise passagère ; résolution rapide le quatrième jour.

26 mai. — Travail repris, douleurs de l'ouïe et de l'apophyse calmées.

Perceptions aérienne et osseuse, bonnes. Le malade n'est plus revenu que pour annoncer sa guérison définitive.

Cette observation nous montre que malgré le retour offensif très accusé des signes de mastoïdite, la guérison peut encore être obtenue sans opération et assez rapidement.

OBSERVATION III (personnelle).

M^{lle} L... G..., âgée de 24 ans, entre le 6 février 1892, à l'hôpital Beaujon, salle Béhier, lit 28.

Elle se plaint de vives douleurs de l'oreille droite.

6 février. — Soir. T. 39°,2.

7 février. — Matin 38°,5. Pendant la visite on procède à l'examen otoscopique, rien de spécial. A droite, région mastoïdienne rouge, légèrement tuméfiée, très douloureuse à la pression.

Comme elle avait eu l'influenza du 13 au 28 janvier, on porte le diagnostic d'otite suppurée survenue pendant la convalescence de la grippe, et la malade est transférée le jour même, en chirurgie, dans le service de M. Théophile Anger.

8 février. — Trépanation, 4 à 5 grammes de pus mal collecté, plutôt disséminé en gouttelettes isolées. Pansement à la gaze iodée formée.

Le soir 38°,5.

9 février. — M. 38°,2. S. 39°,5. La malade se plaint de douleurs dans les jambes, épaule gauche. Céphalalgie, diarrhée légère.

10 février. — M. 39°,2. S. 39°,5.

11 février. — M. 39°,2. S. 39°,6.

12 février. — Douleur vive au niveau de l'articulation scapulo-humérale gauche avec gonflement très marqué, douleurs à la hanche gauche; douleurs vagues dans les deux cuisses et les deux genoux; escharre au sacrum, large, peu profonde datant de 2 jours d'après la maladie.

13 février. — Même état, persistance des douleurs au niveau de l'articulation scapulo-humérale gauche. Nulle part de fluctuation.

13-20 février. — Même état.

20 février. — La fièvre qui était tombée à 38° environ remonte, avec oscillation entre 37°,8, et 39°,8.

22 février. — La fièvre dépasse 40°, pas de collection purulente.

24 février. — Abscess sur la cuisse droite, fluctuation, pas de rougeur.

Incision, un verre de pus environ, drainage avec mèche iodoformée.

25 février. — Autre abscess sur la cuisse gauche. Même traitement.

1^{er} mars. — Douleur violente du coude gauche avec rougeur. Pas d'empatement ni de fluctuation. A l'épaule, douleur encore assez vive, localisée surtout au niveau de l'apophyse coracoïde.

La plaie de la trépanation commence à se fermer par bourgeons charnus allant de la profondeur à la surface. Escharre très profonde.

L'état général laisse beaucoup à désirer. Inappétence, soif vive, diarrhée fréquente, et surtout état adynamique très accentué, malgré les stimulants et les reconstituants qu'on lui fait prendre presque de force. Pas de changement jusqu'au 12 mars.

12 mars. — Le matin, oppression très marquée, pneumonie occupant les 2/3 inférieurs du poumon droit. Pendant quelques jours l'état est grave. La température se maintient à 39°, le pouls est petit, déprimé.

25 mars. — Résolution de la pneumonie.

A partir de ce moment les plaies des abscess et de l'apophyse mastoïde, dont la cicatrisation avait marché fort lentement, commencent à bourgeonner plus activement et vers le 10 avril la cicatrisation des plaies est à peu près complète.

L'escharre elle-même est moins profonde et commence à diminuer d'étendue. Mais l'état général est très mauvais. Grande difficulté

d'alimenter la malade ; les douleurs de l'épaule et du coude sont à peu près passées, il n'existe aucune raideur.

En ce moment, elle se plaint surtout d'une douleur au niveau de la troisième articulation chondro-sternale droite ; il y a un peu de gonflement à ce niveau mais pas de fluctuation. Une ponction exploratrice ramène un peu de sang, mais aucune goutte de pus.

15 avril. — La fièvre est tombée ; la température oscille entre 37°,5 et 38°, le pouls est encore très faible. Toujours douleur à la troisième articulation chondro-sternale droite, sans trace de pus. A partir de ce moment la guérison commence, mais il y a toujours difficulté d'alimenter la malade, toujours inappétence, état adynamique. Enfin ce n'est que vers la fin d'avril que la malade entre réellement en convalescence.

Vers le 15 mai, elle commence à marcher, et le 15 juin elle quitte l'hôpital, guérie.

OBSERVATION IV (résumée), 8 mars 1890.

Communiquée par M. le Dr Gellé.

M^{lle} H..., 24 ans, n'a jamais rien eu aux oreilles. Depuis un mois, elle a eu la grippe ; puis, le huitième jour, des douleurs de tête atroces, avec insomnie, surdité totale, vertige, incapacité de se tenir debout, vomissements, air hébété, nausées et état demisyncopal au moindre mouvement de la tête et des yeux. Il faut crier les mots ; encore le bruit la met dans un état d'émotivité indescriptible. Le DV égale 0, le diapason aérien lui donne le vertige ; à gauche rien n'est perçu par l'air. Le tympan droit opaque, enfoncé, mat, rougeur vive de la membrane de Schrappnell, gargouillements par le Politzer qui étourdit. A gauche, saillie globuleuse rouge tendue du segment postérieur du tympan ; le manche invisible, caché ; rougeur se continuant sur la

paroi supérieure ou postérieure du conduit sans atrésie, par la suppuration ; le sillon auriculo-mastoïde peu net, fond rouge et surface mastoïde douloureuse, rouge, tendue, sans fluctuation ; incision du tympan de bas en haut dans le segment supéro-postérieur, issue de sang et non de pus, soulagement le soir ; les vertiges bien diminués, l'état d'affaiblissement intellectuel, d'émotivité et d'obtusion mentale a cessé et la malade supporte quelques questions sans tomber en lipothymie. L'apophyse se est dégonflée le lendemain ; peu de pus, moins de douleur, le Politzer passe sans pousser d'exsudation au dehors. En quinze jours tout s'amende, la fièvre est tombée le cinquième jour.

L'état vertigineux est tellement amendé que le sujet peut tourner la tête et raconter ses sensations cruelles, locales et mentales, et la persistance du phénomène de conscience au milieu de cette profonde oppression des forces. Le vingtième jour, l'audition renaît, le pus cesse de couler, l'apophyse mastoïde est normale, la conversation est redevenue possible pour quelques instants ; la marche ne devient possible que le 20 mars ; quelques pas à peine.

La fièvre, l'état cérébral, les nausées, le vertige, les douleurs, la prostration des forces, les signes locaux et généraux enfin, semblaient ici devoir faire admettre deux otites grippales avec exclusion aux apophyses, et réclamer une opération.

Cependant, le traitement par le sulfate de quinine, les applications constantes de glace et la myringotomie largement appliquée ont suffi pour tout enrayer et sans laisser de traces, car la malade a été sourde pendant une année à la suite, et son audition est assez bien revenue pour qu'elle reprenne ses fonctions d'institutrice.

OBSERVATION V (résumée).

Communiquée par le Dr Gellé.

Homme, 30 ans. A la suite d'un bain froid est pris de fièvre, douleurs mastoïdiennes, avec exacerbations nocturnes. Ni surdité, ni otorrhée. Au bout d'un mois, abcès sous-périostique ouvert par l'incision de Wilde qui met à nu une fistule mastoïdienne. Issue de pus abondant, soulagement immédiat. Guérison en 15 jours.

OBSERVATION VI

Jeune homme, 21 ans. Constitution forte.

Sur otite ancienne vient se greffer otite aiguë.

Depuis un mois douleurs de tête très vives, violentes, paroxysmiques, irradiées vers le front, l'occiput, mais il existe un point douloureux fixe vers la partie moyenne de l'apophyse.

Le malade s'accroche à un lit (contusions, cris, douleurs), parle de mettre un terme à ses jours.

L'apophyse mastoïde est rouge, œdémateuse, présente une trace de cicatrice vers sa partie moyenne.

Cette cicatrice correspondait à l'ouverture d'une fistule aujourd'hui fermée.

La trépanation proposée est repoussée par le malade qui demande à prendre conseil.

Avec un stylet, le trajet fistuleux est élargi, écoulement de pus, injection d'eau boriquée chaude.

Le tympan est largement ouvert, afin de donner au pus issue facile. Lavages antiseptiques, douches d'air. Un mois après le malade est guéri.

Ce qu'il y a de particulièrement remarquable dans cette observation est d'un côté la gravité des accidents, d'autre part la simplicité du traitement qui a uniquement consisté en lavages antiseptiques et douches d'air.

OBSERVATION VII (résumée).

Communiquée par le Dr Gellé.

Homme, 54 ans, fort.

Pris de grippe au commencement de janvier. Rhinite violente, avec douleurs à l'oreille, insomnie, fièvre vive. A souffert pendant 15 jours et 15 nuits. Puis suppuration dix jours durant. Tout semble fini.

1^{er} mars. — Retour de la douleur d'oreille. Surdité totale, battements, puis vertige extrême, incapacité de se tenir debout, reste couché 4 jours. Nausées, tournoiements, rotation   droite, douleurs s'étendant   tout le côté droit de la face et de la tête surtout au vertex.

15 mars. — Fièvre le soir, insomnie, céphalée, vertige continu, douleur extrême s'étend sur l'apophyse masto ide et la région temporale au-dessus du conduit.

22 mars. — Gonflement chaud, énorme, de la région masto idienne avec œdème, rougeur, chaleur, pavillon porté en avant, disparition du sillon, œdème de la région temporale et de la paup re   droite. Fluctuation profonde   la pointe masto ide. Abaissement de la paroi supérieure du conduit osseux, tympan gris, caché par cette saillie, vertige diminué depuis le gonflement masto ide. Incision de Wilde profonde et large. Surface osseuse, rugueuse et non perforée (pansements antiseptiques).

29 mars. — Tout revient en place. L coulement seul persiste encore par l'extrémité inférieure de la masto ide.

5 avril. — Travail repris, plaie cicatrisée, conduit libre, montre perçue à 5 centimètres. DV + à droite.

La gravité des symptômes cérébraux, et le gonflement avec abcès sous-périostique aurait pu faire penser, d'après l'opinion de Politzer, à un abcès intra-mastoïdien. Et cependant, on le voit, l'incision de Wilde a suffi pour amener la guérison rapidement.

RESUMÉ DES INDICATIONS

Dans l'otite aiguë suppurée, dans l'otite grippale, dans les otites infectieuses en général l'opportunité de l'ouverture des cellules mastoïdes se déduira :

1° De la notion de l'état épidémique, de la nature infectieuse de la lésion qui conduit à hâter le moment d'intervenir. On ne peut nier que le pronostic ne soit avantageusement modifié, l'ouverture des cellules faite.

2° De l'intensité extrême des symptômes de l'otite aiguë suppurative persistants à une époque où, dans les cas simples, il y a d'ordinaire défervescence et diminution de la suppuration ; à moins que cela ne s'explique par l'invasion de l'autre oreille.

3° De même, quand après une accalmie spontanée ou succédant à l'incision tympanique, il y a retour brusque des douleurs fixes, de l'écoulement purulent, abondant, et à plus forte raison, s'il apparaît quelques signes locaux mastoïdiens.

4° Quand, au cours d'une otite aiguë suppurée se montrent tous les signes objectifs de l'inflammation de la région mastoïdienne.

5° De même quand, en l'absence de signes locaux manifestes, dans une otite suppurée arrivée au dixième, quinzième, vingtième jour, apparaissent des signes cérébraux,

coma, délire, céphalalgie, vomissements, température élevée, douleur vive à la pression, quand même les troubles otiques ne sembleraient pas accusés, ou s'il y avait accalmie de ce côté ; à plus forte raison, s'il s'y ajoute tous les signes de l'engorgement mastoïde.

6° La conservation d'une certaine audition ne prouve rien contre l'invasion de l'apophyse mastoïde ; l'ostéopériostite primitive ayant été observée cliniquement ou vérifiée à l'autopsie (Obs. n° 5).

7° L'ouverture de l'apophyse mastoïde dans les cas d'otites aiguës suppurées devra avoir été précédée d'un traitement local énergique, l'insuccès du traitement devenant une indication ferme de l'intervention (glace à demeure, myringotomie simple ou multiple, irrigations intra-tympaniques de liquides antiseptiques). En effet, malgré les signes les plus graves, les douleurs les plus persistantes, les plus étendues, malgré l'écoulement purulent intarissable, malgré les complications du côté du conduit, même avec des signes évidents d'engorgement aigu de l'apophyse, des otologistes autorisés ont pu sans ouvrir les cellules mastoïdes, même en temps de grippe, guérir leurs malades en s'adressant uniquement mais avec énergie à l'otite aiguë par les moyens indiqués plus haut.

8° L'ascension subite de la courbe de température à un niveau élevé (39°, 39°,5, 40°, 41°), au cours d'une otite aiguë suppurée ou non, dans la défervescence des fièvres graves, des affections aiguës compliquées d'otites et de toutes les maladies infectieuses, doit faire poser la

question de l'opportunité d'ouvrir les cellules mastoïdiennes.

9° Dans le cas de gonflement de la région mastoïde avec fluctuation profonde, l'incision de Wilde s'impose. Dès qu'on aura constaté une fistule osseuse on élargira le trajet et on se comportera comme après la trépanation ordinaire (Obs. n° 6).

10° Quand cette incision est faite et qu'aucune fistule ou autre lésion osseuse n'apparaît, les avis sont encore partagés sur la conduite à tenir. Cependant, il résulte de la discussion à laquelle nous nous sommes livrés que l'on est plus près de la vérité en admettant la présence du pus dans les cellules, surtout si la suppuration auriculaire a déjà une durée de quelques semaines. En ce cas, on ne doit pas attendre l'apparition des accidents décisifs, ni temporiser, pour peu que la douleur soit vive, l'écoulement abondant, et qu'il y ait un mouvement fébrile. L'intervention chirurgicale prévient toute complication nouvelle, mais non pas d'une façon absolue, ainsi que nous l'avons vu.

11° En terminant, nous ne saurions trop répéter après nos maîtres que l'opération de l'ouverture des cellules mastoïdiennes est absolument simple d'exécution, exempte de dangers quand elle est faite avec méthode, suivant les préceptes classiques, en se servant surtout de la gouge et de la curette (1), et qu'elle amène constamment une détente dans les symptômes et un soulagement

1. Ricard A. *Gaz. Hôpitaux*, 23 fév. 1889.

immédiat du malade quand la lésion est limitée à l'apophyse mastoïde.

Telles sont les conclusions de notre travail sur les indications de l'ouverture de l'apophyse mastoïde dans les cas d'otites aiguës, suppurées, grippales et infectieuses.

Vu : le Président de la thèse,

TILLAUX

Vu par le Doyen,

BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer,

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD

BIBLIOGRAPHIE

- Chatellier** (H. R.). — Cinq observ. d'otites moyennes, etc.
Annales des mal. oreilles, mars 1890.
- Cozzolino** (V.). — La chirurgie de la mastoïde, etc. Boll delle
malatt. dell orecchio, gola e naso, juillet 1890.
- Duplay** (S.). — Archives de médecine, 1875 et 1888.
— Union médicale, février 1892. La mastoïdite sup-
purée.
- Duplay** et **Reclus**. — Traité de chirurgie, tome IV, 1891.
- Landa**. — Un cas de trépanation de l'apophyse mastoïde.
— Revista de ciencias medicas de la Habana, 5 septem-
bre 1890.
- Gellé**. — Maladies de l'oreille, 1875.
— L'oreille et l'épidémie de grippe actuelle. Médecine
moderne, 16 janvier 1890.
— Conférences de la Sapétrière, 1890-1892.
- Hartman**. — Maladies de l'oreille.
- Loewenberg**. — Annales des maladies de l'oreille et du larynx,
novembre 1891.
- Ménard**. — Thèse de Paris, janvier 1891.
- Moure** (E. J.). — Société française d'otologie et de laryngologie,
mai 1890.
— Mastoïdite comme complication auriculaire de la
grippe.
- Politzer**. — Annales des maladies de l'oreille et du larynx.,
mai 1892.
- Poirier**. — Anatomie médico-chirurgicale.
- Ricard** (A.). — De l'apophyse mastoïde et de la trépanation.
— Gazette des hôpitaux, 23 février 1889.
- Tillaux**. — Chirurgie clinique.
— Anatomie topographique.
- Urbanstschich**. — Traité des maladies de l'oreille.
- Wilson** (A.). — Traitement précoce de la mastoïdite.
— Edimburgh médical journal, mai 1891.

